ROK IV. MAJ Nr. 5.

POŁOŻNA

MIESIĘCZNIK

ORGAN STOW. ZAWODOWEGO POŁOŻNYCH KRAKÓW—LWÓW

Cena pojedynczego numeru **90 groszy,** w przedpłacie kwartalnej **Złotych 2·40**



Redakcja i Admin.: Kraków, ul. Kopernika L. 17, Państwowa Szkoła Położnych. Tel. 10265 i Red. odp. 15508 - P. K. O. 408.706

Redakcja na Lwów: Lwów, Pijarska L. 4. Telefon Nr. 126.

Z Państwowej Szkoły Położnych we Lwowie.
Doc. Dr. STANISŁAW MACZEWSKI.

Rak narządu rodnego.

(Ciąg dalszy).

W poprzednim artykule była mowa, że rak powstać może we wszystkich organach, tworzących narząd rodny. A więc, na częściach rodnych zewnętrznych umiejscawia się zazwyczaj na wargach dużych lub małych, łechtaczce, cewce moczowej, gruczołach Bartholiniego i pochwie.

Statystyczne dane wykazały, że na częściach rodnych zewnętrznych występuje rak znacznie rzadziej, niż w macicy. Mniej więcej na 40 raków macicy wypada 1 rak sromu.

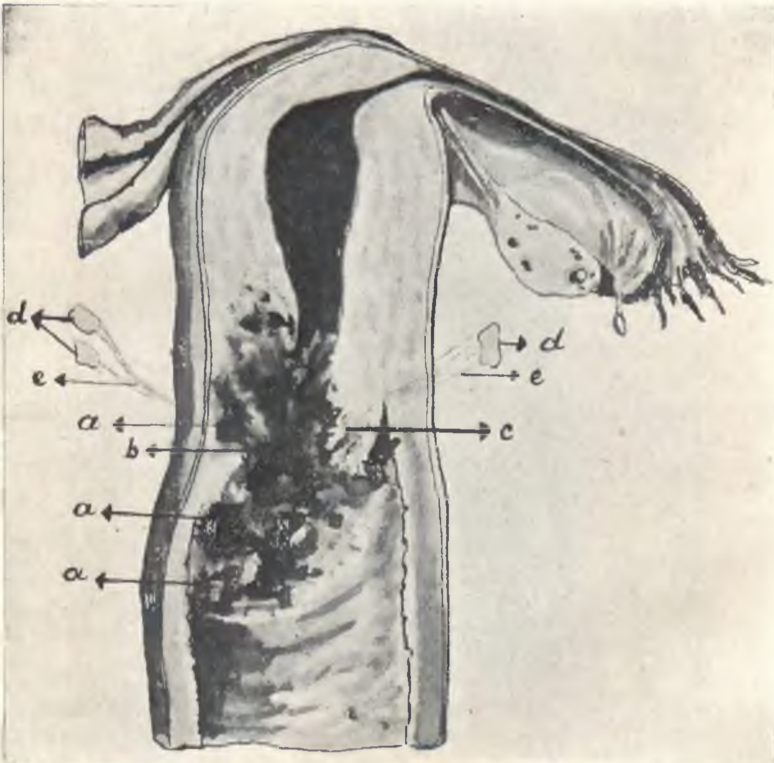
Rak sromu występuje najczęściej u osób w wieku późnym, a więc u staruszek. U kobiet tych czynność płciowa już dawno wygasła. Narządy rodne zewnętrzne i wewnętrzne są w stanie zaniku. W powstawaniu raka nie grają tutaj roli czynniki mechaniczne jakoto: stosunki płciowe i porody, gdyż kobiety te już dawno przestały żyć płciowo. A zatem zanik skóry, pokrywającej srom, oraz złe odżywienie zanikających narządów, są w tych wypadkach korzystnem podłożem dla powstawania raka. Niekiedy raka sromu poprzedzają choroby skórne sromu, które jakby przygotowują teren dla tego schorzenia. Do rzędu chorób, poprzedzających raka, należy uporczywe swędzenie skóry, łuszczenie się jej, lub zgrubienie. Na tak zmienionej skórze może się łatwo rak rozwinąć. Dlatego też na objawy poprzedzające raka, bardzo niekiedy dokuczliwe, należy zwrócić baczną uwagę i nie lekceważyć ich znaczenia.

Wargi duże bywają ulubionem miejscem powstawania raka, szczególniej miejsce przejścia wargi dużej w małą. Na wargach małych rak występuje rzadziej; natomiast częściej występuje na łechtaczce.

Rak w tych narządach występuje najczęściej pod postacią wrzodów. Dno wrzodów bywa twarde, a brzegi wyniosłe i ostro odgraniczone od otoczenia. Dookoła wrzodu brak nacieku (stwardnienia). Wrzód ten jest zazwyczaj niebolesny. Rak sromu rozwija się zazwyczaj powoli i chora nie zwraca uwagi na to cierpienie. W miarę rozrostu wrzodu, który drąży wgłąb i wszerz, występują objawy chorobowe. Przedewszystkiem obrzękają gruczoły pachwinowe i z czasem mogą one

wytworzyć guzy o wielkości pięści. Gruczoły te uciskają sąsiednie tkanki, naczynia i nerwy i wywołują bóle.

Rak w miarę swego rozwoju, drążąc wgłąb tkanek, zająć może nerwy i wtedy dopiero wystąpią dotkliwe bóle i chora zgłasza się do lekarza o poradę. Nierzadko rak przechodzi z wargi na spojenie łonowe i spowodować może zniszczenie kości łonowych. Równolegle z temi objawami miejscowemi

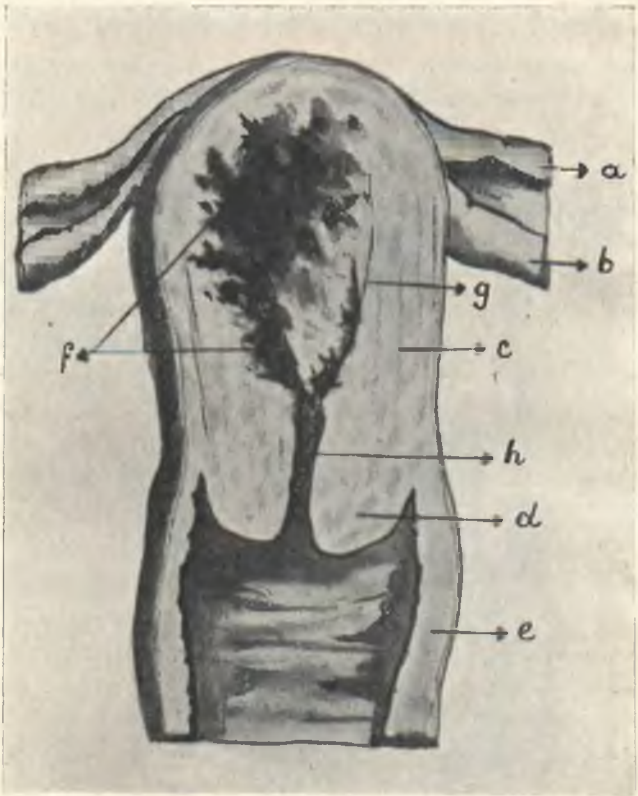


Ryc. 41. Schemat raka szyjki macicy, z drogami lymfatycznemi, któremi przerzuca się nowotwór do gruczołów.
a) rozpadający się rak szyjki macicy przechodzący na pochwę, *b*) resztka z uszkodzonej szyjki, *c*) szyjka, na której rak zrobił mniejsze zniszczenie, *d*) gruczoły lymfatyczne, do których rak się przerzuca, *e*) schemat dróg lymfatycznych, któremi rak się przerzuca.

występują zmiany w całym organizmie. Stan chorej pogarsza się, chora traci na wadze, chudnie w oczach i wreszcie umiera.

Leczenie raka sromu w ostatnich latach postąpiło znacznie naprzód. Z doskonałym skutkiem możemy te chore leczyć i wyleczyć promieniami Roentgena i promieniami radu. Wczesne przypadki choroby najlepiej leczyć operacyjnie, a po

usunięciu ogniska chorobowego uzupełnić leczenie promieniami. Dlatego też niezwykle ważną jest rzeczą wczesne rozpoznanie raka i wczesne skierowanie takich chorych do lekarza, gdyż wtedy możemy mieć nadzieję zupełnego wyleczenia. Gdy nowotwór zajął już cały srom i utworzył prze-



Ryć. 42. Schemat raka trzonu macicy.
a) jajowód, *b*) więzadło obłe, *c*) ściana trzonu macicy, *d*) część pochwowa, *e*) pochwa, *f*) rozpadający się rak trzonu, *g*) granica między zdrowym mięśniem macicy a rakiem, *h*) kanał szyjki macicy.

rzuty w gruczołach, lub zniszczył kość, — wyleczenie będzie już znacznie trudniejsze, a często nawet niemożliwe. Dlatego też obowiązkiem położnej jest zdać sobie sprawę z ważności wczesnego rozpoznania tej choroby. Gdy tylko poweźmie podejrzenie, że w tym wypadku może być rak, powinna natychmiast skierować chorą do szpitala.

Rak pochwy występuje bardzo rzadko. Rozwija się on najczęściej na tylnej ścianie pochwy w miejscu, w którem ściana

pochwy przechodzi na sklepienie pochwowe. Zapadają na to cierpienie przeważnie kobiety starsze po ustaniu miesiączki. Powstawaniu raka w pochwie może sprzyjać wypadanie pochwy. Wypadnięta pochwa bywa narażona na urazy mechaniczne w czasie pracy i chodzenia. Zazwyczaj tworzą się w tych wypadkach na błonie śluzowej pochwy owrzodzenia, które powstają wskutek zniszczenia błony śluzowej. Owrzodzenia te, które trudno bardzo wyleczyć, mogą być punktem wyjścia dla raka.



Ryć. 43. Rak sromu wychodzący z okolicy łechtaczki, widać kalafjorowate powierzchnie, dwa skrawki przylepca rozszerzają światło pochwy.

Dosyć często się zdarza, iż chorej z wypadnięciem pochwy lub macicy lekarz zakłada krążek, który zapobiega wypadaniu tych narządów. Chore noszą owe krążki przez szereg lat i nie wyjmują ich nigdy, ani nie przestrzykują pochwy. Krążek taki wrasta w ściany pochwy, wywołuje w pochwie powstawanie odleżyn i głębokie owrzodzenia. Niekiedy wyjęcie takiego krążka wymaga poważnej operacji. Długotrwałe niehigieniczne noszenie krążka sprzyja powstawaniu raka.

Chora, u której w pochwie rozwija się rak, nie skarży się w początkach choroby na żadne dolegliwości. Skoro rak zniszczył już całą pochwę i przeszedł na sklepienia pochwowe,

pęcherz moczowy i kiszkę stolcową, gdy wystąpią cuchnące i krwawe odchody, wtedy dopiero chora zazwyczaj szuka porady lekarskiej.

Rak pochwy rozwija się niezwykle szybko i w niedługim czasie sprowadza śmierć. I w tych przypadkach, jak wogóle we wszystkich schorzeniach raka, wczesne rozpoznanie choroby i rychłe skierowanie chorej do lekarza może uratować jej życie.

Rak macicy rozwija się na błonie śluzowej wnętrza macicy i stąd dopiero przechodzi na mięsień macicy. W miarę swego wzrostu przekracza on trzon macicy i przechodzi na sąsiednie narządy. Pierwszym i najważniejszym objawem raka macicy jest krwawienie z macicy u chorej, która już nie miesiączkuje. Następnie występują upławy początkowe śluzowe; z czasem stają się one krwawe, lecz zupełnie nie cuchnące.

Dopiero w późniejszych okresach choroby, gdy do wnętrzna macicy, niszczonej przez raka, dostaną się zarazki, odchody stają się cuchnące. Rak macicy występuje również najczęściej u osób starych. Wczesne skierowanie chorej do leczenia decyduje i w tym wypadku o jej życiu.

O raku części pochwowej i szyjki macicy była już mowa w artykule poprzednim.

Jak z tego pobieżnego opisu choroby raka wynika, — wczesne rozpoznanie choroby i wczesne jej leczenie może uratować życie chorej.

Położna nie jest w stanie rozpoznać raka w jego początkowym okresie, nie jest w stanie rozpoznać go napewno nawet wtedy, gdy stwierdzi u chorej wszystkie objawy, któreby za rakiem przemawiały, ale każdy podejrzany przypadek musi odesłać do lekarza specjalisty, wzgl. szpitala. Dopiero badanie mikroskopowe tkanki, wyciętej z podejrzanego miejsca, rozstrzyga sprawę. *Na położnej spoczywa doniosła rola w walce z rakiem.*

W tej dziedzinie może ona oddać społeczeństwu nieocenione usługi. Ona bowiem z tytułu swego zawodu styka się stale z ludem, a więc z tym czynnikiem, wśród którego rak najczęściej panuje. Z tego środowiska mamy największy odsetek chorych zaniedbanych, nie nadających się do żadnego zabiegu. W żadnym kraju na zachodzie nie zgłasza się do le-

czenia tyle zaniedbanych, zupełnie straconych chorych na raka, co w Polsce. *Położna zatem powinna być tem pierwszem ogniwem, które łączyć ma chorą z lekarzem.* Na niej ciąży obowiązek już nietylko zawodowy, lecz moralny, a nawet narodowy, by w zakresie swoich wpływów i stosunków uświadamiała ludność o niebezpieczeństwie raka i kierowała takie chore do szpitali. Rząd i organizacje społeczne wydają olbrzymie kwoty pieniężne na walkę z rakiem. Organizacje te nie są jeszcze w stanie w chwili obecnej objąć swoją siecią miasteczek i wiosek, odległych od centrum. Dlatego też rola położnej w walce z rakiem w tych właśnie mało uświadomionych środowiskach jest ogromna. Jest to już wtedy praca społeczna, w której położna powinna wziąć jak najwybitniejszy udział.

—o—

DR. JAN FISCHER, Kraków.

Schorzenia tkanki przymacicznej.

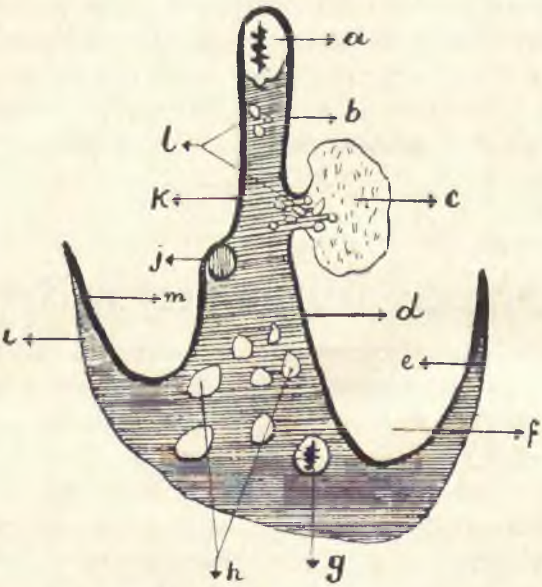
Chcąc mówić o sprawach chorobowych tkanki łącznej miednicy małej, musimy zdać sobie sprawę przedewszystkiem z istoty tkanki łącznej i jej znaczenia w ustroju człowieka wogóle, a w miednicy małej w szczególności, pozatem też i z określenia „miednicy małej".

Wszyskie okolice naszego ciała, o ile nie zajmuje ich jakikolwiek narząd (np. serce, płuca, wątroba itd.) i o ile nie stanowią naturalnych jam ciała (jak np. jama brzuszna lub opłucnowa), wypełnia t. zw. tkanka łączna, zbudowana z włókienek i komórek swoistych, zwanych łączno-tkankowemi. Łączy ona i oddziela różne narządy w całości jak i też poszczególne ich części, towarzyszy naczyniom krwionośnym i limfatycznym [1]), nerwom, stanowi podporę dla komórek poszczególnych narządów. Tak samo ściany takich narządów jak dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego, a więc przewodów o kształcie przeważnie cew, (np. oskrzela [2]), jelita) tworzy częściowo tkanka łączna.

[1]) Naczynia limfatyczne doprowadzają do naczyń krwionośnych ciała odżywcze wchłonięte w przewodzie pokarmowym i przerobione odpowiednio do potrzeb naszego ustroju.

[2]) Wzgórek kości krzyżowej jest to kąt wystający ku światłu miednicy, a wytworzony na granicy między 5-tym, t. j. ostatnim kręgiem lędźwiowym i podstawą kości krzyżowej.

Dwie kości miednicze, prawa i lewa, kość krzyżowa i ogonowa tworzą miednicę. Linja bezimienna i wzgórek kości krzyżowej dzielą miednicę na dwa odcinki: a) górny, zwany miednicą dużą (krótszy a szerszy) i b) dolny, zwany miednicą małą, (dłuższy a węższy). Miednica duża jest szeroko otwarta ku górze, ku przodowi i ku dołowi; ściany boczne miednicy dużej tworzą dwa talerze biodrowe, prawy i lewy, ścianę zaś tylną część lędźwiowa kręgosłupa; miednica

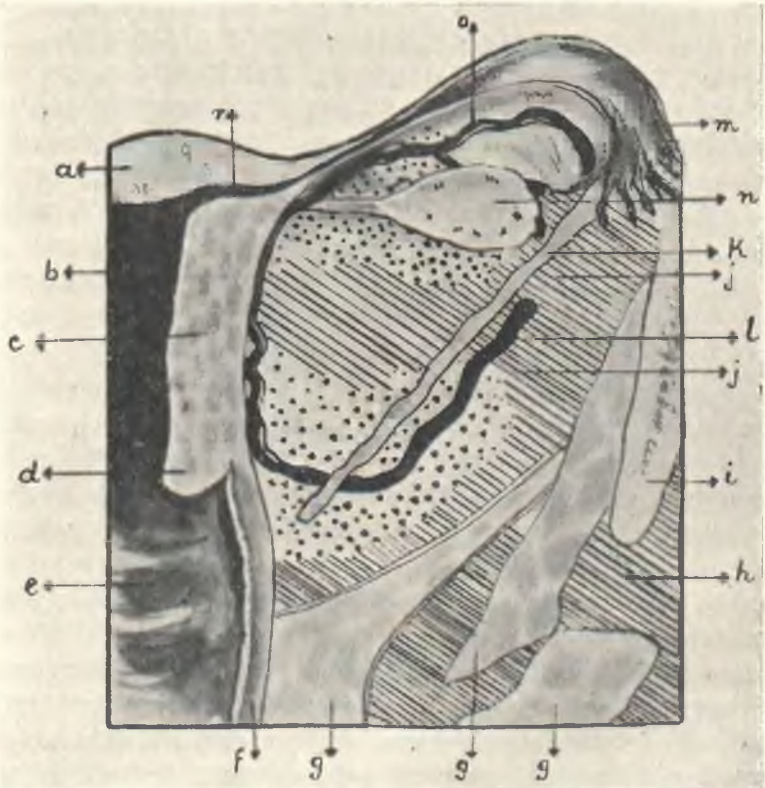


Rys. 44 Schematyczny przekrój przymacicz.
a) jajowód, *b*) kreska jajowodu, *c*) jajnik, *d*) tylna blaszka więzadła szerokiego, *e*) otrzewna przechodząca na kiszkę, *f*) uchyłek maciczno-odbytniczy t. zw. jama Douglesa, *g*) moczowód, *h*) naczynia maciczne, *i*) uchyłek pęcherzowo-maciczny, *j*) więzadło obłe, *k*) przednia blaszka więzadła szerokiego, *l*) naczynie jajowodowe i jajnikowe, *m*) otrzewna przechodząca na pęcherz moczowy.

mała jest natomiast ograniczona z boków dwiema kośćmi kulszowemi i częścią kości biodrowej, od przodu spojeniem łonowem i dwiema kośćmi łonowemi, a od tyłu kością krzyżową i ogonową.

Jeżeli po tem wstępie, koniecznym dla lepszego wniknięcia w nasz temat, zajmiemy się miednicą małą i znajdującemi się w niej narządami, to zobaczymy, że tu, jak wszędzie w organizmie naszym tkanka łączna jednako spełnia swe zadanie i to na rozległej przestrzeni. Przymocowuje ona do

kości zewnętrzne części płciowe czyli srom; otacza ściśle jako zbita osłonka ciała jamiste łechtaczki, z których się łechtaczka składa, otacza także t. zw. opuszki przedsionka, leżące po obu stronach przedsionka pochwy tuż przy jej ścianie, a utworzone przez gęste sploty żylne. Sciany pochwy



Ryć. 45. Schemat przeciętej macicy i przymacicz z naciekiem zapalnym w przymaciczu górnem i dolnem (miejsca zakropkowane). Rzut od tyłu, strona prawa.

a) ściana dna macicy, *b*) jama macicy, *c*) ściana trzonu macicy, *d*) część pochwowa, *e*) kanał pochwy, *f*) ściana pochwy, *g*) mięśnie przepony miednicy, *h*) tkanka łączna, *i*) przekrój kości miednicy, *j*) tkanka łączna przymaciczna, *k*) moczowód, *l*) tętnica przymaciczna, *m*) jajnik, *n*) jajowód, *o*) tętnica jajowodowa, *r*) kanał jajowodu.

tworzą dość szeroką cewę łączno-tkankową, wyścieloną od wewnątrz błoną śluzową; macica składa się z tkanki łącznej wraz z gęsto usianemi pomiędzy nią włóknami mięsnemi. Tkanka łączna wzmacnia również ściany mięśniowe jajowodów; łączy komórki jajnikowe z sobą, wnikając wraz z na-

czyniami do jajników przez ich wnękę; znajduje się ona wreszcie pod otrzewną[1]), która pokrywa narządy, leżące w miednicy małej i łączy tę błonę z temi narządami.

Gdybyśmy poprzestali na tem, cośmy dotychczas powiedzieli, to moglibyśmy wyrobić sobie mylne wyobrażenie sądząc, że schorzenia tkanki łącznej miednicy małej dotyczą cienkich, niskich pokładów tkankowych nad narządami. Tak jednak nie jest. Narządy miednicy małej: macica, pochwa, pęcherz moczowy, odbytnica itd., są przymocowane do kości miednicy znów przez tkankę łączną. Przestrzeń między niemi zawierająca naczynia krwionośne i limfatyczne oraz nerwy, nie jest pusta, lecz całkowicie wypełniona przez włókna łączno-tkankowe, wzajemnie się przeplatające, przyczem niektóre z tych pęczków włókien są tak dalece zgrubiałe, że można już je nazwać więzadłami, mimo, że nie są ostro ograniczone.

Otrzewna pokrywająca macicę i jajowody, a oddzielająca je od jamy brzusznej przebiega pod postacią dwóch fałdów do bocznej okolicy miednicy; jeden fałd biegnie więcej ku przodowi i zawiera więzadło obłe (okrągłe) macicy, drugi zaś bardziej ku tyłowi, kryjąc w obrębie swej przyśrodkowej części więzadło jajnikowe, oraz naczynia krwionośne jajnika. Oba te fałdy nazywamy więzadłem szerokiem macicy. Pod tym niejako dachem utworzonym przez zdwojenie blaszek otrzewnowych czyli przez to więzadło szerokie macicy, znajduje się właśnie to, co zwiemy tkanką łączną miednicy małej, lub tkanką łączną przymaciczną. Jest ona orgraniczona od boku przez kostną ścianę miednicy, od tyłu przez tylny fałd więzadła szerokiego, od środka przez boczną krawędź macicy, od przodu przez pęcherz moczowy i przedni fałd więzadła szerokiego. Od macicy ku tyłowi biegną więzadła maciczno-krzyżowe, które ograniczają między sobą przestrzeń zwaną zagłębieniem maciczno-odbytniczem lub według uczonego, który ją pierwszy zbadał i opisał, zagłębieniem Douglasa; również te więzadła maciczno-odbytnicze zawierają silne pasma tkanki łącznej. Ku dołowi wreszcie jest ta tkanka łączna miednicy małej czyli tkanka łączna przymaciczna ograniczona

---

[1]) Otrzewna jest to błona wyścielająca ściany jamy brzusznej od wewnątrz oraz pokrywająca narządy w niej się mieszczące.

przez dźwigacz odbytu czyli ten szeroki mięsień, który tworzy po największej części dno miednicy. W tej tak ograniczonej tkance łącznej znajdują się, jak to już wyżej powiedzieliśmy, również i naczynia krwionośne i limfatyczne.

Otóż tkanka łączna miednicy małej może się stać bardzo łatwo siedliskiem spraw zapalnych, pozatem schorzenia innego rodzaju mogą się tutaj przedostać. Zapalenia tej tkanki powstają zawsze wskutek zakażenia czy to w związku z odbytym porodem jako zakażenie połogowe lub w związku z usiłowanem spędzeniem płodu lub poronieniem, względnie też na tle odleżyn po założonych do pochwy krążkach itd. Zarazki czyli bakterje, które najczęściej te zapalenia wywołują należą do gatunku zarazków ropotwórczych. W tych to stanach zapalnych na początku choroby zachodzi zaczopowanie naczyń limfatycznych ciałkami ropnemi i bakterjami. Już teraz, o ile istnieje u chorej silna jadowitość zarazków, , może drogą porażenia czynności serca dojść do zejścia śmiertelnego z powodu ogólnego zatrucia jadami tych bakteryj; najczęściej jednak dołącza się jeszcze do tego przed śmiercią ogólne rozlane zapalenie otrzewnej. Jeżeli zaś nie wywiąże się ani ogólne zakażenie wspomnianemi jadami ani też ogólne zapalenie otrzewny, to ta tkanka łączna ulega zropieniu, a zatem wytwarza się absces czyli ropień, który może uróść do bardzo znacznych rozmiarów. Ropa tak powstała może się rozprzestrzeniać ku przodowi i środkowi aż do pęcherza moczowego; ku tyłowi aż do odbytnicy czyli kiszki stolcowej; ku tyłowi i górze aż do okolicy nerki; może ona odsunąć ku górze otrzewną tworzącą znane nam już więzadło szerokie macicy i w ten sposób przedostać się aż pod powłoki brzuszne, co o ile sprawa chorobowa nie przebiega zbyt ciężko, należy uważać raczej za korzystne i przewidywać pomyślne zakończenie choroby; lekarz bowiem wówczas ma możność nacięcia ropnia, a tem samem wypuszczenia ropy z ustroju na zewnątrz, przez powłoki brzuszne, poza-otrzewnowo, bez otwarcia jamy brzusznej.

Równocześnie ze zropieniem tkanki łącznej miednicy małej czyli tkanki przymacicznej zachodzi zaczopowanie przebiegających tam naczyń krwionośnych. Czopy te zawierają również mnóstwo bakteryj i mogą tak samo zropieć. Wskutek

tego przedostają się co pewien czas większe lub mniejsze ilości ropy do krwi, a każde takie wtargnięcie objawia się u chorej dreszczami. Zaczopowanie takie może się dalej posuwać aż do wielkich naczyń krwionośnych, powodując przez to powstanie zakrzepów w żyłach biegnących w miednicy lub żyłach kończyny dolnej, jako następstwo wytworzenia się skrzepłych mas krwi zakażonych bakterjami ropotwórczemi; wskutek tego może się utworzyć ropień na kończynie dolnej, który wychodzi najczęściej z miednicy pod więzadłem pachwinowem i zajmuje przednią i wewnętrzną powierzchnię uda.

Czasem mimo wytworzenie się wielkiego ropnia, nie dochodzi do wspomnianego zaczopowania naczyń krwionośnych, innym znów razem, odwrotnie, zachodzi właśnie tylko obraz opisanego powyżej zaczopowania naczyń, bez wytworzenia się ropnia. Zależy to przedewszystkiem od stopnia jadowitości zarazków i odporności ustroju na zarazki w ogólności, a na te właśnie zarazki w szczególności.

W przypadkach rozległego ropienia, nawet wtedy, gdy nie bardzo gwałtownie ono przebiega, zajęta jest również otrzewna, przynajmniej w częściach sąsiadujących z miejscem ropienia, często pod postacią występowania zlepień blaszek otrzewnej. Zaczopowanie żył nieraz pociąga za sobą t. zw. zatory w płucach; powstają one w ten sposób, że części czopu niezropiałego odrywają się i z prądem krwi dostają się do żyły głównej (naczynia krwionośnego o wielkiem świetle naczyniowem), a przez nią do prawej komory serca, skąd znów do tętnic płucnych, aż wreszcie oderwana i płynąca tak cząsteczka czopu natrafi na tak wąską tętniczkę, że dalej już naprzód posunąć się nie może i w miejscu tem utkwi. W ten sposób dana okolica płuc zostaje odcięta od dalszego dopływu krwi, nie jest zatem należycie odżywiana, a krew nie mogąc dalej odpłynąć, gromadzi się tu w coraz większych ilościach. Do miejsca zaczopowanego dostaje się nowa za każdym skurczem serca ilość krwi; w zamkniętej w ten sposób części płuc powstaje więc zastój krwi, a w następstwie tego wywiązuje się zapalenie w danej okolicy; zważywszy zaś, że partje te leżą

po największej części na powierzchni płuc pod opłucną[1]), obejmuje to zapalenie również na ograniczonej przestrzeni i opłucną. Krew zgromadzona tutaj w większej ilości, wobec niemożności odpływu wskutek przeszkody, w postaci czopu zamykającego światło naczyńka, przenika wreszcie do wnętrza pęcherzyków płucnych[2]) i wydostaje się podczas kaszlu na zewnątrz. O ile jednak czop taki jest silnie zakażony, t. zn. o ile zawiera on bakterje o wielkiej zjadliwości — może wówczas powstać ropień w płucach.

W przypadkach, w których ropa pochodząca z ropnia miedniczego przebije na zewnątrz[3]) pozostaje w miejscu ropnia jama opróżniająca się z ropy i zmniejszająca się powoli. Wytwarza się w miejscu tej jamy tkanka łączna na nowo, ale już nie w swej pierwotnej postaci, a więc nie o charakterze tej tkanki łącznej, która istniała tu przed wytworzeniem się ropnia, lecz innego rodzaju, właśnie tkanka bliznowata, mało podatna, mało rozciągliwa i która się później jeszcze bardziej ściąga. Z tego to powodu w przebiegu gojenia się, gdy choroba ustępuje, mogą powstać różnego rodzaju przesunięcia się macicy a nawet i pęcherza moczowego tak, że ostatecznie mogą się wytworzyć się trwałe już przemieszczenia na stronę poprzednio chorą.

Tam zaś, gdzie istnieje sprawa zapalna, która powoli tylko przebiega i gdzie zjadliwość zarazków jest znacznie słabsza, często wogóle nie zachodzi ropienie. Wtedy znajdują się tylko taśmowato zgrubiałe partje w tkance łącznej, które jednak mogą często wywoływać długotrwałe bóle, jakoteż przemieszczenia narządów miednicy małej, jak np. macicy.

Przyczyną zapaleń tkanki łącznej miednicy małej czyli przymacicza jest, jak to już powiedzieliśmy, zawsze zakażenie. Najciężej przebiegają te zapalenia, które występują wskutek zakażenia połogowego powstałego bądź to po porodzie czaso-

---

[1]) Opłucna — błona wyścielająca wewnętrzną stronę klatki piersiowej oraz pokrywająca zewnętrzną powierzchnię płuc.

[2]) Zasadniczą jednostką w budowie tkanki płucnej są oskrzeliki przechodzące w pęcherzyki płucne otoczone gęstą siecią naczyń włosowatych, gdzie odbywa się istotna wymiana gazów (t. j. wydalenie bezwodnika kwasu węglowego i wchłanianie tlenu).

[3]) Przebicie takie może być samoistne, t. zn., że ropa przebije się sama do pęcherza moczowego i wraz z moczem wydostanie się z ustroju na zewnątrz, albo samoistne takie przebicie nastąpi nie do pęcherza moczowego lecz do pochwy, lub wreszcie może lekarz sam przebić taki ropień przez operacyjne jego otwarcie.

wym, bądź też po poronieniu. Najniebezpieczniejsze dla życia są przeważnie zapalenia po zbrodniczem spędzeniu płodu.

Czy też bakterje wywołujące rzeżączkę mogą wywołać zapalenie przymacicznej tkanki łącznej, tego nie stwierdzono. Prawda, że w przebiegu rzeżączki ostrej szyjki macicy może się przydarzyć zapalenie przymacicznej tkanki łącznej, ale i wtedy raczej sądzić należy, że zapalenie szyjki macicy wywołały bakterje rzeżączki, a zapalenie tkanki łącznej przymacicznej zarazki ropne. Również zarazki znajdujące się w jelitach mogą wywołać, choć rzadko, zapalenie tkanki łącznej przymacicznej, poczynając np. od kiszki ślepej lub odbytnicy; znacznie częściej bywa odwrotnie, t. zn., że choroba zaczyna się w tkance łącznej miednicy małej, a dopiero potem przechodzi na tkankę łączną otaczającą pęcherz moczowy albo ten lub ów odcinek kiszki.

Wrotami zakażenia bywają okaleczenia, rany błony śluzowej, narządów płciowych np. macicy; ranę taką tworzyć może rozdarcie szyjki macicy wśród porodu, drążące w boczną część tkanki łącznej przymacicznej, a to dlatego, że szyjka macicy pęka przy porodzie prawie zawsze z boku; wyjątkowo następuje rozerwanie z przodu szyjki poza przednie sklepienie pochwy i wtedy staje droga zakażenia otworem do przedniej części tkanki łącznej przymacicznej. W rzadkich przypadkach chorobowych może też zakażenie wyjść i z jelita przy uporczywych zaparciach stolca przez w ten sposób uszkodzoną ścianę jelitową. Inne możliwości okaleczenia i zakażenia zachodzą podczas wykonywania różnych zabiegów operacyjnych czy to w celu leczniczym, względnie w celu ukończenia porodu, czy to w celu rozpoznania rodzaju choroby, o ile nie zachowuje się przy tem odpowiedniej czystości rąk, narzędzi itd., a więc t. zw. aseptyki.

Lżejsze postacie zapaleń przymacicznej tkanki łącznej mogą się dołączyć do różnych schorzeń podczas miesiączkowania, bo jak wiemy, choroby macicy często zaostrzają się i pogarszają w czasie trwania miesiączki; również lżejsze formy tych zapaleń przyłączają się nieraz do stanów nieżytowych pęcherza moczowego, do zapaleń ropnych toczących się w kościach miednicy, wreszcie nieraz, choć rzadko, także i do

przypadków gnicia guzów nowotworowych macicy (np. mięśniaków).

O ile ropa przebije się samoistnie na zewnątrz, to często powstały w miejscu przebicia otwór bywa tylko mały, a zatem nie wystarcza do należytego odpływu ropy; wskutek tego nie może się ropień całkowicie opróżnić, przez co tworzy się weń ustawicznie nowa ropa w miejsce ubywającej, a gorączka, która trwa całemi miesiącami, może wyniszczyć siły chorej do ostatecznych granic. Właśnie te przypadki pozostawiają nieraz bardzo znaczne przemieszczenia i co zatem idzie, pewnego rodzaju kalectwo.

Zapalenie tkanki łącznej przymacicznej bywa przeważnie jednostronne, natomiast zapalenie t. zw. przydatków [1]) macicy bardzo często obustronne, choć z różnem nasileniem po każdej stronie.

Z innych chorób o charakterze niezapalnym wymieńmy jeszcze guzy nowotworowe jak np. mięśniaki, leżące między blaszkami więzadła szerokiego, wylew krwi do tkanki łącznej przymacicznej, który o ile ulegnie zropieniu, przybiera wtedy znów postać typowego ropnego zapalenia tkanki łącznej miednicy małej czyli przymacicznej; wreszcie schorzeniem natury niezapalnej jest naciek rakowy tejże tkanki.

Podkreślamy jednak zarazem z całym naciskiem, że w tych przypadkach **n i e w o l n o** położnej przystępować do badania i rozpoznawania czy też leczenia chorej, należy to bowiem zawsze do lekarza. Położna zawezwana do gorączkującej położnicy lub w czasie opieki nad nią — zauważywszy gorączkę, dreszcze itp. objawy, musi też myśleć i o schorzeniach tkanki łącznej przymacicznej i zawezwać lekarza, który następnie przeprowadzi po zbadaniu odpowiednie leczenie.

Leczenie to musi iść w parze z rozumną opieką nad chorą, opieką, która częściowo może przypaść w udziale zawezwanej położnej.

Niniejszy artykuł ma na celu wyjaśnienie teoretyczne doniosłego znaczenia tkanki łącznej miednicy małej i wytłumaczenie przebiegu różnych spraw chorobowych w tejże tkance.

Przedewszystkiem polegać będzie leczenie na zwalczaniu stanu zapalnego, później zaś, gdy po otwarciu ropnia (lub

[1]) Przydatkami macicy zwiemy jajowody i jajniki.

i bez tego) spadła gorączka, na przyspieszaniu wchłaniania mas wysiękowych.

Bardzo korzystnie na przebieg leczenia podobnych stanów wpływa następowe leczenie w uzdrowiskach, gdzie obok leczenia dostępnego w miejscu pobytu chorej możemy stosować też (leczenie) kąpielowe. U nas w Polsce z kąpielisk wymieńmy tylko najważniejsze), nadają się dla takich chorych doskonale: Iwonicz, Rabka, Rymanów, Krynica, Jastrzębie, Szczawnica, Ciechocinek, Truskawiec, Innowrocław, Druskieniki. W przypadkach zastarzałych, uporczywych zapaleń przymacicza dobrze działa również leczenie ciepłem, wytwarzane przez odpowiedni przyrząd elektryczny, zwany diatermją.

—o—

TERESA KULCZYŃSKA.
Instruktorka Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Higjenistek w Krakowie.

Pielęgnowanie położnicy.

(Ciąg dalszy).

Nakładamy koszulę. Odnosimy wszystkie przybory do mycia i myjemy sobie ręce. Podkładamy pod brodę chorej znowu ręcznik, i kolejno podajemy jej szczoteczkę do zębów, kubek i spluwaczkę, aby umyła zęby. Wycieramy jej usta brzegiem ręcznika i podłożywszy ręcznik pod głowę, ostrożnie czeszemy, nie szarpiąc, najpierw jedną połowę głowy (obracając głowę na drugą stronę), potem drugą.

Następuje przesłanie łóżka. Przesuwamy pacjentkę na jedną jego stronę, tak, aby ta połowa łóżka, od której zaczynamy słać, była wolna. Obluźniamy prześcieradło i podkłady od swojej strony, i zapomocą wilgotnej myjki lub ręcznika wymiatamy starannie wszelkie okruchy, śmieci, włosy i t. d. z całego łóżka. Następnie postępując wzdłuż boku łóżka, dwiema rękami krok za krokiem naciągamy prześcieradło w poprzek łóżka tak, aby wszystkie zmarszczki na niem się wyrównały, i podsuwamy brzegi dobrze naciągnięte, wyprostowane głęboko pod materac. W ten sam sposób naciągamy i wykończamy podkłady. Przesuwamy pacjentkę na zasłaną połowę łóżka, i przechodzimy na drugą stronę, gdzie znowu obluźniamy pościel, wymiatamy i wykończamy jak poprzed-



nio. Wreszcie unosimy pacjentkę jedną ręką, a drugą wyjmujemy jej poduszki z pod głowy, przetrząsamy, wkładamy z powrotem, poczem wyrównujemy koc, aby całe łóżko wyglądało porządnie.

Jeżeli chcemy zmienić podkład na czysty, postępujemy w następujący sposób: gdy chora leży na boku, przy słaniu pierwszej strony łóżka, zwijamy tę połowę brudnego podkładu, która jest po naszej stronie, w wałek, aż pod plecy pacjentki. Czysty podkład również zwijamy do połowy, podkładamy część zwiniętą aż pod plecy pacjentki obok zwiniętego wałka brudnego podkładu, a część niezwiniętą układamy na łóżku jak zwykle i brzeg podwijamy pod materac. Gdy następnie chorą przesuniemy na zasłaną stronę łóżka, przesunie się ona ponad tymi dwoma wałkami, po przejściu zaś do słania drugiej połowy, zaczniemy od wyjęcia całkowitego brudnego podkładu i wyciągnięcia na jego miejsce podkładu czystego. Zupełnie w ten sam sposób możemy też zmienić brudne prześcieradło na czyste bez zmęczenia pacjentki.

Po skończeniu toalety porannej, sprzątamy wszystko dokoła łóżka, tak aby zostawić pacjentkę w zupełnym porządku. W ciągu dnia należy pamiętać, aby pacjentce podać wody do mycia rąk przed każdem jedzeniem oraz zawsze po użyciu basenu, po jedzeniu zaś podać wodę do mycia ust. Wieczorem natomiast, przed spaniem, należy znowu umyć jej twarz, uszy, szyję, ręce i zęby, natrzeć plecy alkoholem i pudrem, przetrząść poduszki oraz wymieść i naciągnąć podkład — ewentualnie zmienić go, jeżeli jest brudny.

3. *Wentylacja.*

Świeże powietrze jest jednym z ważnych warunków zdrowia, toteż nietylko nie należy się go obawiać, ale owszem, osoby, pielęgnujące chorych, winny starać się o przyzwyczajenie ich do świeżego powietrza. Przesądy co do wietrzenia, pochodzą często stąd, że się nie przestrzega przy niem pewnych ostrożności.

Otwierając mianowicie okna, nie powinno się tego robić „na przestrzał", gdyż powstający stąd przeciąg jest dla większości ludzi bardzo przykry. Pokój nawet zazwyczaj lepiej się przewietrzy, gdy otworzymy okna z jednej strony na dłużej, niż po obu przeciwległych stronach na krótko. Zimne powie-

trze nie powinno wiać wprost na pacjentkę, a zwłaszcza na jej głowę, gdyż jest to i przykre i często usposabia do kataru lub bólu głowy. Wietrzyć nie wolno nigdy, nie sprawdziwszy czy chora nie leży w mokrej bieliźnie, spocona lub tuż po zastosowaniu baniek czy przyłożeniu okładów na klatkę piersiową (krzyżownik). Jeżeli zatem musimy otworzyć okno blisko łóżka, należy pacjentkę dobrze okryć, nałożyć jej czepek lub chustkę na głowę, a lepiej jeszcze oddzielić łóżko od okna parawanem lub inną zasłoną.

Gdy pacjentka bardzo się obawia wietrzenia, lub gdy pora roku jest bardzo zimna, można wreszcie wietrzyć nie wprost, tylko po zamknięciu drzwi do pokoju pacjentki, wywietrzyć bardzo dobrze pokój obok, poczem tam okna zamknąć, a drzwi do pacjentki otworzyć, by się powietrze wymieniło.

4. *Sen.*

Sen jest bardzo ważnym czynnikiem w higjenie człowieka. Nic może tak nie zmęczy nawet zdrowego człowieka, jak noc spędzona bezsennie. Położnica powinna jaknajwięcej używać snu, jeżeli zaś cierpi na bezsenność, możemy spróbować następujących środków: Zmyć całe ciało dobrze wodą i przesłać łóżko; dać gorącą blaszankę lub flaszkę z gorącą wodą w nogi. Dać coś gorącego do napicia. W gorącej porze roku można całe ciało natrzeć alkoholem lub wodą kolońską i lekko zapudrować dla odświeżenia. Nie wolno jedynie nacierać kończyny, jeżeli jest skrzep. Pacjentka nie powinna nigdy przed spaniem prowadzić ożywionej rozmowy lub czytać podniecających książek, gdyż to u osób wrażliwych może spowodować bezsenną noc.

5. *Odżywienie.*

Niema potrzeby przestrzegania żadnej szczególnej djety u położnicy, u której ciąża i poród przebiegały normalnie. Już od pierwszego dnia po porodzie może ona jeść lekko strawne pokarmy, unikając jedynie w pierwszych dniach mięsa, ryb, ostrych przypraw oraz przez cały czas karmienia bezwarunkowo alkoholu. Wskazane jest spożywanie większej ilości jarzyn i owoców, zwłaszcza surowych. Gdy po kilku dniach połogu pacjentka nie trawi regularnie, dążymy do usprawnienia trawienia raczej zapomocą djety, aniżeli środków leczniczych. W tym celu podajemy owoce, zwłaszcza jabłka, figi, śliwki

itp. surowe lub w kompocie; na noc przed spaniem, i przy posiłkach staramy się podawać dużo jarzyn.

Rozpowszechniony jest przesąd, jakoby matka karmiąca musiała pić bardzo wiele napojów. Wystarczy jednak, jeżeli pije jeden lub półtora litra płynów dziennie, wliczając w to już zupy.

6. *Niektóre mniejsze zaburzenia.*

Mogą zachodzić mniejsze dolegliwości, które sprawiają pacjentkom wiele cierpienia, a którym można łatwo zapobiec. Jedną z nich jest trudność w oddaniu moczu po porodzie. Nie można wtedy lekkomyślnie przedsiębrać cewnikowania, gdyż jest to zabieg, który może mieć zgubne następstwa, zwłaszcza jeżeli nastąpi przyzwyczajenie do niego, tak, że potem już pacjentka nie potrafi sama moczu oddać. Jak zatem należy dopomóc pacjentce, gdy ma tę trudność? Dajemy jej basen, napełniony do połowy ciepłą wodą, co często wywoła samoistne oddanie moczu. Lub też nad basenem polewamy krocze ciepłą przegotowaną wodą. Lub podajemy basen, poczem w pobliżu pacjentki odkręcamy kurek z wodą. Pacjentka, słysząc cieknący strumień wody, prawie zawsze odruchowo również mocz oddaje. Jeżeli niema w pobliżu kurka z wodą, przelewamy wodę z jednego dzbanka do drugiego, tak, by pacjentka to słyszała. Wreszcie możemy spróbować przyłożyć niezbyt gorącą blaszankę na pęcherz lub ugnieść lekko pęcherz. Do cewnikowania przystępujemy dopiero w ostateczności, gdy wszystkie podane sposoby zawiodły i może być stosowane tylko jako zabieg doraźny, o konieczności ewentualnej dalszego cewnikowania może decydować tylko lekarz.

Innem częstem zaburzeniem jakie się zdarzają, jest wszawica głowy. Staranną pielęgnacją zawsze możemy ją wyleczyć bez uciekania się do obcinania włosów. W tym celu należy kupić octu sabadyllowego w aptece, namoczyć dobrze włosy i zawinąć je na całą noc, na drugi dzień zaś wyczesać i wymyć. Zamiast sabadylli można użyć nafty, zmieszanej pół na pół z oliwą, uważać jednak bardzo wtedy aby nie zbliżać się z ogniem. Te sposoby jednak nie wystarczą do zabicia gnid; na nie używamy gorącego (ciepłego) octu, którym zlewamy głowę, i gdy wyschnie, wyczesujemy je.

W powikłaniach wreszcie, w których występuje wysoka

ciepłota ciała, pacjentce często się tworzy osad na języku i powoduje przykry, gorzki smak w ustach, a tem samem i brak apetytu. Zwalczamy tę dolegliwość przez częste mycie jamy ustnej, przynajmniej co dwie godziny, przyczem, jeżeli pacjentka jest zbyt osłabiona, by mogła to sama robić, należy jej pomóc. W tym celu przygotowujemy sobie pendzelki z waty, owiniętej na wykłówaczach do zębów lub zaostrzonych zapałkach, którymi doskonale można wymyć język i zęby. Do wymycia policzków od wewnątrz i dziąseł używamy gazy lub czystych gałganków, owiniętych na rączce od łyżki lub na szpatulce itp. Bardzo miłym w użyciu roztworem do mycia jamy ustnej u takich ciężko chorych jest: do szklanki wody łyżeczkę kwasu bornego w kryształkach (trzeba go rozpuszczać na gorąco, gdyż na zimno trudno się rozpuszcza), łyżeczkę gliceryny i nieco kwasku cytrynowego lub soku z cytryny. Do zmywania osadu na języku najlepiej używać rozcieńczonej wody utlenionej, po której jednak trzeba wymyć usta czystą wodą. Jeżeli usta bardzo zasychają, należy smarować wargi odrobiną tłuszczu, jak n. p. oliwą, masłem deserowem itp.

Jeżeli pacjentka od leżenia w jednej pozycji ma zaczerwienioną i bolesną okolicę kości krzyżowej, należy podłożyć jej kółko gumowe, napełnione powietrzem, a jeśli takiego nie mamy, to trzeba uszyć odpowiedniej wielkości kółko z surówki lub kawałka starej bielizny i napełnić je watą. Często również skarży się pacjentka na ból pięt, spowodowany leżeniem, na który możemy również poradzić, sporządzając małe kółeczko z waty, owiniętej miękkim bandażem. Przynosi to wielką ulgę.

7. *Pielęgnowanie piersi położnicy.*

Przechodzimy teraz do tych wskazówek pielęgnacji, które mają zastosowanie specjalnie przy pielęgnowaniu położnic z powodu zmian, jakie zaszły w ich organizmie w przebiegu ciąży, porodu i połogu.

Na pierwszem miejscu musimy zwracać uwagę na brodawki piersiowe. Do utrzymania ich w czystości, przygotowujemy sobie w czystem nakrytem naczyńku watę jałową, pokrajaną na małe kawałki, zapomocą których zmywamy brodawki starannie przed każdem karmieniem, aby do jamy

ustnej dziecka nie wprowadzić bakterji. Maczamy wacik w wodzie, którą powinno się poprzednio przegotować, lub też w 3%-owym roztworze kwasu bornego, i dokładnie zmywamy brodawkę, pouczając matkę, aby już po zmyciu zupełnie jej nie dotykała, tylko włożyła ją wprost do buzi dziecka. Po skończeniu karmienia w ten sam sposób zmywamy brodawkę, aby usunąć resztki pokarmu, które mogą zalegać na niej, rozkładać się i drażnić skórę. Jeżeli jest silny mlekotok, nakrywamy brodawkę grubym krążkiem waty, aby uniknąć zawalania bielizny.

Jeżeli piersi są duże i zwisają, podtrzymujemy je zapomocą staniczka, który jednak powinien tylko podtrzymywać piersi a nie uciskać brodawek. Najlepiej w tym celu sporządzić staniczki niezapinane, lecz takie, w których jedna połowa zachodzi na drugą, krzyżując się z nią przodu, a wiązane z tyłu.

Gdy w okresie wzbierania pokarmu piersi są twarde i bolesne, kładziemy na nie okład z octanu glinowego, nakrywając go większym kawałkiem ceratki, batystu Billrotha lub papieru pergaminowego, oraz jeszcze większym kawałkiem suchym. Taki okład stosujemy przez dwanaście godzin, poczem zwykle bolesność ustępuje. Gdyby jednak trwała dalej a nadto gdyby się pojawiły na piersi czerwone pręgi wzdłuż naczyń limfatycznych, promieniujące od brodawki, przykładamy okład nadal, a dziecka nie przystawiamy przynajmniej przez 24 godziny lub dłużej, dopóki stan się nie poprawi, jeżeli stan nie ulegnie zmianie musi się zawezwać lekarza.

Jeżeli brodawki pękają, dając t. zw. ragady czyli głębokie, bolesne szczeliny, należy karmić przez kapelusik, a gdyby pomimo to ragady tak krwawiły, że w kapelusiku pojawi się krew, przerywa się karmienie przynajmniej na 24 godziny.

8. *Pielęgnowanie krocza.*

Krocze powinno się przez czas połogu utrzymywać w jak najskrupulatniejszej czystości. W tym celu, po każdem oddaniu stolca lub moczu — a gdyby to rzadko następowało, to przynajmniej co 4 godziny — zmywamy pachwiny, wewnętrzne strony ud oraz pośladki namydloną myjką nad basenem, samo zaś krocze zlewamy obficie z czystego irygatora lub przeznaczonego na to dzbanuszka, wodą przegotowaną lub 3% roz-

czynem kwasu bornego. Następnie kompresem lub ręcznikiem, tylko do tego celu wyznaczonym, wycieramy starannie, i pachwiny pudrujemy aby uniknąć odparzenia. Wreszcie dajemy czysty wkład. Wkłady te tak przygotowujemy, że kupujemy wyjałowioną watę w aptece i krając ją na paski o długości 25 cm. a o szerokości 10, które przechowujemy w czystem miejscu, najlepiej zawinięte. Po każdem zmyciu krocza dajemy czysty wkład. Pacjentka nie powinna sama nigdy krocza dotykać, staramy się tego bardzo pilnować. Gdyby zaś dotknęła i powalała sobie ręce, należy jej zaraz ręce umyć i pouczyć, aby tego więcej nie robiła, zarówno ze względu na czystość rąk, jak i na możliwość przeniesienia bakterji na krocze.

Gdyby były jakiekolwiek okaleczenia, drobne pęknięcia itp. na kroczu, dobrze jest zakładać wkłady, umaczane w roztworze trypaflawiny (1 pastylka na 1 litr wody przegotowanej), na to zaś kawałek batystu Billrotha, lub ceratki i jeszcze jeden kawałek waty. Taki opatrunek łagodzi ból i równocześnie działa dezynfekująco.

Przy obrzęku warg sromowych stosujemy w ten sam sposób okład z octanu glinowego.

9. *Pielęgnowanie powłok brzusznych.*

Od chwili ukończenia porodu, aż dopóki macica się dobrze nie skurczy, a więc mniejwięcej przez trzy dni, położnica powinna leżeć stale na wznak, i otrzymuje bądź to worek z lodem na brzuch, bądź też okład mokry zimny, na którym kładziemy większy kawałek ceratki i jeszcze większy suchej flaneli lub t. p. Okład taki zmieniamy dwa razy dziennie, rano i wieczór, przyczem należy przy każdej zmianie mokry kawałek starannie wyprać mydłem i wypłukać, aby usunąć wydzieliny skórne, które gromadząc się na nim, rozkładają się, wydzielając przykrą woń, oraz drażnią skórę. Jeżeli skóra jest wrażliwa, smarujemy ją pod okładem waseliną lub oliwą, aby się nie macerowała.

W trzy dni po porodzie, o ile macica dobrze się kurczy, a położnica jest bez gorączki — dostaje 2 łyżki oleju rycynowego, który najlepiej podać w następujący sposób: na dno szklanki dajemy sok z połowy cytryny, do tego wlewamy olej i dobrze razem mieszamy. Smarujemy brzeg szklanki cytryną,

aby pacjentka ten smak najpierw poczuła po przyłożeniu szklanki do ust, poczem przygotowujemy sobie przy szklance plasterek cytryny, którym damy zagryść olej po zażyciu go. Wreszcie, w ostatniej chwili, już przy łóżku pacjentki wsypujemy na koniec noża sody oczyszczonej do szklanki. Cała mieszanina po zamieszaniu silnie się burzy, podobnie jak piwo; dajemy ją zaraz wypić i zagryść plasterkiem cytryny. Zamiast soku z cytryny można też użyć małej ilości kwasku cytrynowego, a dać zagryść bułką lub chlebem.

Gdy olej przestanie działać, usuwamy okład z brzucha, a bandażujemy go silnie elastycznym bandażem trykotowym, o szerokości 12 cm., a o długości 5 metrów, który ma podtrzymać obwisające powłoki brzuszne. Od tej chwili położnica może się już obracać na boki. Bandaż pozostawiamy aż do chwili jej wstania z łóżka, poczem dobrze jest, aby nosiła jeszcze pas podtrzymujący.

Podając tych kilka najważniejszych punktów do zastosowania przy pielęgnowaniu położnic, należy zaznaczyć, że nawet w dostatnich domach nie zawsze możemy mieć wszystkie wyliczone przybory, potrzebne nam do pielęgnowania. Przy pewnej pomysłowości, jeżeli nam naprawdę zależy na daniu jaknajlepszej opieki naszym pacjentkom, możemy bardzo wiele zrobić, zużywając to, co mamy pod ręką, i pamiętając zawsze, że we wszystkiem powinien nami kierować praktyczny wzgląd na wygodę położnicy w danych warunkach. Znając najważniejsze zasady pielęgnacji, nawet w najgorszych warunkach możemy zrobić wiele dobrego, dbając o tę wygodę i o czystość pacjentki, i napewno położna, która zarazem jest dobrą pielęgniarką, zawsze cieszyć się będzie zaufaniem społeczeństwa i sama więcej odniesie zadowolenia ze swej pracy zawodowej, widząc że praca ta jest nietylko bez zarzutu pod względem fachowym, położniczym, ale że jeszcze jest wykończona w szczegółach, tak ważnych dla zdrowia i zadowolenia oddających się jej pieczy osób.

—o—

OD REDAKCJI.

Artykuł *Dr. Fr. K. Cieszyńskiego:* „O żółtaczce u noworodków" wymieniony w treści numeru na str. 1 okładki, z powodu uzyskania kilku aktualnych rycin, przesunięto do numeru następnego.

Ruch organizacyjny.

Zawiadomienie.

Dnia 27 maja 1931 r. odbędzie się zebranie Zarządu Stow. Zaw. Pol., Kraków, o godz. 6 popoł. w sali wykładowej Szkoły Położnych, Kraków, Kopernika 17.

Ze względu na ważne uchwały w związku z projektowanem Walnem Zebraniem Stowarzyszenia uprasza się wszystkich członków Zarządu o łaskawe przybycie.

W imieniu Zarządu:

Halamowa Antonina
sekretarka

Walne zebranie

Stow. Zaw. Poł. w Krakowie odbędzie się nieodwołalnie w niedzielę dnia 9 czerwca o godz. 5 popołupniu w sali wykładowej Szkoły Położnych, Kraków, Kopernika 17.

W razie braku statutem przewidzianego kompletu członków, następne Walne Zebranie tegoż dnia o godz. 5'30, którego uchwały w myśl statutu będą prawomocne bez względu na ilość obecnych członków.

Porządek dzienny:

1) Zagajenie;
2) Odczytanie protokółu z poprzedniego Walnego Zebrania;
3) Sprawozdanie kasowe Stowarzyszenia zawod. i pisma;
4) Sprawozdanie Komisji kontrolującej;
5) Sprawozdanie sekretarki Stowarzyszenia o postępie pracy organizacyjnej, sprawa rozszerzonego statutu i t. d.;
6) Sprawozdanie sekretarek sekcyj prowincjonalnych z działalności organizacyjnej;
7) Sprawozdanie Redakcji pisma (sprawa abonamentu, ankieta w sprawie walki z babkami, sprawa przyłączenia Stow. Zaw. Pol. miasta Lwowa do współpracy w piśmie i t. d.);
8) Wybór nowego Zarządu;
9) Wnioski i interpelacje.

Marja Woźniczkowa
prezesowa

Antonina Halamowa
sekretarka

Magistrat stoł. król. miasta Krakowa
jako władza administracji ogólnej I. Instancji

L. 945/71.
Fiz.

Kraków, 21 kwietnia 1931 r.

Zapisywanie leków na receptach przez lekarzy okręgowych dla położnych.

Do Redakcji „Położnej" organu Stowarzyszenia zawodowego położnych w Krakowie ul. Kopernika l. 17.

Miejski Urząd Zdrowia uprasza o umieszczenie w powyższem piśmie zawiadomienie dla położnych, że recepty na zawarte leki w instrukcji wymagane rozporządzeniem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z dnia 2 maja 1929 r. wydawać będą lekarze okręgowi miejscy w razie zapotrzebowania.

Naczelny lekarz miejski:
w z. *Dr. Berezowski*

Zaproszenie.

Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe zaprasza uprzejmie Stowarzyszenie Zaw. „Położnych" województwa krakowskiego na uroczysty obchód 10-lecia istnienia Towarzystwa.

Obchód odbędzie się w niedzielę 7 czerwca 1931 z następującym programem:

o 10 rano nabożeństwo w kościele św. Anny;

o 11.30 Akademja w dużej sali Domu Katolickiego przy ul. Straszewskiego l. 16, na której oprócz przemówień, chóru, deklamacji będzie przedstawiona historja Towarzystwa Ratunkowego oraz wyświetlony film ilustrujący działalność Pogotowia.

Wstęp na Akademję dla wszystkich wolny.

W Krakowie w maju 1931 roku.

Za Komitet:

M. Górka	*Dr. Drozdowski*	*Dr. Owsiński*	*Dyr. Krzyżanowski*
sekretarz	kierownik	wiceprezes	prezes

Od Redakcji.

W związku z zapowiedzią rozstrzygnięcia konkursu za prace „z praktyki", odbyło się dnia 10 maja posiedzenie Komitetu Redakcyjnego wraz z Sądem konkursowym. Na wniosek Redakcji postanowiono termin konkursu przesunąć do dnia 20 grudnia b. r., żeby ze względu na przyłączenie się Lwowa do prac w piśmie dać możność nowym Czytelnikom, wzięcia udziału w konkursie.

Seminarjum położnicze.

Rozwiązanie przypadków I. i II. nadesłały Pp.: Białecka W. (Zakopane), Brust S. (Kraków), Fajwlewicz M. (Łódź), Hebdowa E. (Gobłoń), Romanow J. (Byczkowce), Wołosecka Fr. (Gródek Jagielloński).

I. Przypadek. **Rak szyjki macicy stwierdzony u wieloródki w czasie porodu.**

Przykład przedstawia nam czasowy poród u wieloródki, u której w czasie badania rozpoznaliśmy raka szyjki macicy. Silniejsze krwawienia występujące z chwilą postępu porodu, tłomaczy się pęknięciami w kruchej, niepodatnej, nacieklej szyjce w miarę rozszerzania się ujścia. Poród pozostawiony bez opieki swemu biegowi może doprowadzić w rezultacie do groźnych wysokich rozdarć szyjki, a nawet do pęknięcia macicy. Stan chorej w jakim ją zastajemy wymaga natychmiastowego wezwania lekarza. Szczęśliwy moment stanowi w tym przypadku fakt, że pęcherz płodowy jest jeszcze utrzymany. Chora w odpowiednim zakładzie musi przebyć poród operacyjny, który będzie polegał na wykonaniu cięcia cesarskiego z dołączeniem całkowitego wycięcia macicy i w szczęśliwym zbiegu okoliczności możemy uratować matkę i dziecko.

Najtrafniejsze uzasadnienie postępowania w tym przypadku nadesłały Pp.: Białecka i Wołosecka.

II. Przypadek. **Rak szyjki macicy.**

Kobieta lat 47 w okresie przekwitania, 9 przebytych porodów, badanie stwierdza stwardnienie przedniej wargi części pochwowej usianej guzkami łatwo krwawliwemi (bardzo ważny szczegół, łatwa krwawliwość urazowa n. p. przy stosunku lub przy urazie kanką w czasie przepłukiwania pochwy) od szeregu miesięcy plamienie, upławy cuchnące. Położna myśląc o raku szyjki macicy musi oddać chorą w opiekę lekarzowi — (dalsze uwagi patrz przyp. V).

° ° °

Rozwiązanie przypadków III., IV. i V. nadesłały Pp.: Romanow J. i Wołosecka Fr.

III. Przypadek. **Rak sromu.**

Do tego rozpoznania dochodzimy na podstawie danych zawartych w opisie przypadku: Późny wiek (lat 70) uporczywe swędzenie sromu od szeregu lat (objaw ten jest często zapowiedzią późniejszego schorzenia i wymaga już w tym okresie zasięgnięcia porady lekarskiej i odpowiedniego leczenia), guzek na wardze uległy rozpadowi, powiększone gruczoły pachwinowe, spadek wagi i postępowanie ogólnego wyniszczenia. Opis guzka w naszym przypadku (guzek pojedynczy wielkości orzecha o brzegach wyniosłych, twardych, dnie nieregularnem

ziarnistem, niebolesny, za dotykiem łatwo krwiawiący) jest dla raka sromu charakterystyczny.

Jak słusznie jedna z Pań zauważyła, możnaby w tym przypadku myśleć również o zmianie kilowej, jednak całokształt obrazu przemawia za rakiem, zróżnicowanie przypadku i przeprowadzenie badań dodatkowych należy do lekarza, badanie mikroskopowe decyduje.

IV. Przypadek. **Rak pochwy.**

Kobieta 50-letnia, trzy porody czasowe, cztery w 6 miesiącach ciąży, krwawienie przy spółkowaniu, parcie na mocz, bóle przy oddawaniu stolca, spadek wagi, na błonie śluzowej pochwy stwierdza się owrzodzenie naciekłe twarde. Opis przypadku przemawia za rakiem pochwy. Przypadek ten jest już schorzeniem daleko posuniętem, skargi na bóle pęcherza i dolnego odcinka przewodu pokarmowego wymagają dodatkowego badania tych narządów, rozpoznanie i tu potwierdza mikroskop.

V. Przypadek. **Rak szyjki macicy.**

Wiek młody (lat 29) niezawsze przemawia przeciw temu schorzeniu, w wywiadach ośm poronień, przebyta rzeżączka (długotrwały stan nieżytu szyjki macicy) od 4 miesięcy plamienia, później skrzepy i cuchnące odchody, w czasie badania stwierdzalne owrzodzenie na wardze górnej części pochwowej łatwo krwawiące — wszystkie te dane razem prowadzą nas do powyższego rozpoznania. W odniesieniu do przypadków II—V kilka ogólnych uwag: im przypadek wcześniej rozpoznany i skierowany do właściwego leczenia, tem widoki na wyleczenie lepsze, we wszystkich przypadkach leczenie operacyjne lub energją promienistą względnie stosowanie obu tych metod. Położna spotkawszy w swej praktyce podobny przypadek musi go natychmiast skierować do lekarza, powinna sobie wziąść za punkt ambicji — wczesne przesyłanie podejrzanych przypadków na odpowiednią drogę, uświadamiając te chore o konieczności jak najrychlejszego poddania się leczeniu a przez to stanie się ona bardzo ważnem ogniwem w walce z rakiem.

Bliższe objaśnienie przypadków od I. do V. znajdą czytelniczki w wyczerpującym artykule doc. Dra Mączewskiego pod tyt.: „Rak narządu rodnego u kobiety" (zeszyty IV, str. 69 i V str. 101).

Uwaga. Wytłumaczenie przepadków VI. i VII. podamy w zeszycie lipcowym. Dalsze rozwiązania przypadków prosimy przysyłać.

Rzeczy ciekawe i praktyczne.

Nowoczesne urządzenia szpitalne.

Rycina 46. P u s z k i n a k o n s e r w y i g a z ę, są to puszki metalowe, niklowane, o różnej wielkości, o kształcie

kwadratowym lub okrągle. Do puszek wkłada się materjał, który chcemy poddać sterylizacji (gaza, wata, kompresy), rycina przedstawia puszkę w chwili przygotowania do sterylizacji. Puszka posiada podwójny bok, wewnętrzny stały, zaopatrzony jednopiętrowym szeregiem owalnych płaszczyzn, zaopatrzonych w otwory nakształt sita i zewnętrzny ruchomy bok (manszet) z zabezpieczalnem zamknięciem. Owalne piętrowe szeregi otworów w manszecie zewnętrznym odpowiadają powierzchniom podziurkowanym boku wewnętrznego. Puszkę z materjałem do sterylizacji umieszcza się w autoklawach, gdzie materjał podlega działaniu pary i ciśnienia. Po skończonej sterylizacji przez przesunięcie ku bokowi manszetu zewnętrznego zamykamy otwory puszki, chroniąc materjał od zakażenia.



Ryć. 46.



Ryć. 47.

Rycina 47. Mikroskop, drobnowid, stanowi w ręku lekarza bardzo ważny, często rozpoznawczo decydujący instrument. Pisaliśmy już o nim szeroko (zeszyt 12, 1930 — Dr. Szlapakówna: Mikroskop i jego zastosowanie).

Rycina 48. Termometr, ciepłomierz ścienny ze skalą Reaumura i Celsjusza. W Polsce obowiązuje skala Celsjusza.

Rycina 49 przedstawia sterylizator z instalacją gazową. Sterylizator jest metalowem pudłem niklowanem, z wiekiem zdejmowanem lub otwieranem na bok (przy dużych sterylizatorach otwieranie wieka pedałowe).

Rozmiary sterylizatora mogą być różne, począwszy od małych pudełek metalowych (z torby akuszeryjnej) a skończywszy na olbrzymich skrzyniach wmurowanych w specjalne wnęki w obejściach operacyjnych, również sposób ogrzewania jest bardzo różny, do małych sterylizatorów mają największe zastosowanie palniki spirytusowe, do dużych instalacje gazowe. W tych razach pod sterylizatorem umieszczona jest jedna lub kilka rurek metalowych zaopatrzonych w szereg

otworów, w których zapala się gaz. Większe typy sterylizatorów posiadają wkład metalowy w formie tacki dziurkowanej, na której umieszcza się narzędzia, a którą się po skończonej sterylizacji wyjmuje specjalnemi „łapkami" wyjałowionemi. Łapki są sporządzone z odpowiednio grubych prętów metalowych i zakłada się je na odpowiednie „uszka" dziurkowanej



Ryć. 48.



Ryć. 49.

tacki. Przez otwory w tacce spływa woda, tak, że narzędzia na tacce wyjmuje się już bez wody. Narzędzia wstawia się do wody gorącej, żeby szybko zawrzała, bo dopiero od chwili zagotowania się, zaczyna się sterylizacja. Narzędzia muszą się gotować przez 10 minut, dodatek sody podnosi stopień wrzenia wody do 110° C.

Wyjątek przy gotowaniu do sterylizacji stanowią narzędzia złożone z dwóch składników t. j. szkła i metalu, jak strzykawki, ponieważ rozszerzają się one nie w tym samym stopniu, do gotowania musimy przeto wyciągnąć tłoki metalowe z walców szklanych i zalewamy je wodą zimną; czas trwania gotowania (od chwili zawrzenia) jest rozumie się ten sam co przy narzędziach metalowych. Podobnie gotując słoje szklanne musimy je zalewać zimną wodą.

Z praktyki.

Jeszcze kilka przykładów z praktyki „babek".

(—) *Nie mogę znaleźć wprost słów podziękowania i uznania dla Redakcji, że tak żywo zajmuje się tą sprawą — i walczy o dobro ogólne, piętnując szkodliwe skutki nieuctwa.*

Chciałam opowiedzieć swój pierwszy przypadek z praktyki, żeby do dotychczas ogłaszanych w naszym miesięczniku dorzucić jeszcze jeden obrazek więcej:

Zawezwano mnie do porodu u wielorodki (11 poród). Przy pierwszym porodzie była „babka“ którą zawezwał mąż z powodu zatrzymania łożyska, ta wydarła je brutalnie a po tym zabiegu leżała kobieta rok cały w łóżku. Przy następnym porodzie, do którego mnie wezwano, było łożysko również przyrośnięte, więc poleciłam zawezwać lekarza. Nie chcieli nawet o tem słyszeć, ale wreszcie udało mi się ich przekonać, lekarz wyjął łożysko, połóg był prawidłowy i kobieta jest zdrowa.

— A teraz drugi przykład. Wezwano mnie do wieloródki, podczas badania zewnętrznego stwierdziłam „poprzeczne“. Od otoczenia dowiedziałam się, że wzywali już pół wsi „babek“ te przebiły pęcherz i wkońcu wszystkie uciekły, a chłop przyjechał po mnie. Lekarza wezwać nie chcieli, więc musiałam sama poród ukończyć, połóg przebiegał prawidłowo.

— Trzeci poród; kobieta rodziła już pięć dni, chłopi za radą „babek“ brali ją na ręce i huśtali, potem na stół ją kładli w progu, a gdy poród nie postępował, położyli rodzącą na końskim gnoju, żeby się „rozgrzała“, ale i to nie pomogło. Wtedy inna „babka“ doradziła, żeby wzięli kurzego gnoju, bo ten lepiej grzeje, gdy i ta próba zawiodła, przyjechał po mnie ojciec rodzącej, żeby mu doradzić czy ma wezwać lekarza. Oświadczyłam, że muszę się wpierw rozejrzeć i pojechałam. Zastałam całą izbę pełną „babek“, a co jedna to mądrzejsza, każda radzi co innego i opowiadają niestworzone brednie. Powyrzucałam wszystkie. Odkaziwszy srom rodzącej i swoje ręce znalazłam w czasie badania przodującą rączkę przed główką i zaklinowaną wargę, po odprowadzeniu ich nastąpił poród. „Babki“ mówiły, że to czary. — Płód urodził się w zamartwicy silnej, cuciłam dwie godziny i docuciłam. Za opiekę przy porodzie zapłacić mi nie chcieli i jeszcze porywali się — bić.

Kamyk. *Helena Bockowska.*

Rak szyjki macicy.

Zgłosiła się do mnie przed trzema laty kobieta 45-letnia ze skargami, że od sześciu miesięcy miewała nieregularne plamienia w okresach międzymiesiączkowych, a obecnie krwawienia są coraz częstsze i coraz silniejsze. Rodziła trzy razy, ostatni raz przed ośmiu miesiącami (czasowo). Podczas badania zewnętrznego stwierdziłam około ujścia zewnętrznego (rozdartego dość szeroko przez poprzednie porody) — grudki dość duże, gęsto usiane, przy badaniu łatwo krwawiące. Poradziłam chorej, żeby udała się dnia następnego do najbliższego miasteczka, w celu zbadania przez lekarza. Lekarz polecił zaraz wyjechać do Lwowa i tłómaczył konieczność natychmiastowej operacji i pocieszał że obecnie będzie można jeszcze łatwo zoperować, ale nie należy zwlekać. Kobieta dała się przekonać i wróciła do domu z zamiarem wyjazdu do szpitala. Tu

zaczęły jej sąsiadki i kumoszki odradzać i polecać jedna to, druga inne, — że krwawienia ustaną. Tak stracono drogi czas i stan chorej pogarszał się gwałtownie, przyszło znaczne osłabienie i wyniszczenie i gdy potem zdecydowali się pojechać do Lwowa, lekarze orzekli, że już nic zrobić nie można i chora wróciwszy do domu po paru tygodniach zmarła. Trudno ludziom trafić do rozumu, a jak już jest zapóźno, to chcieliby cudów.

Byczkowce. *Julja Romanow.*

Z życia.

Byłam w swoim czasie wezwana do porodu, był to poród piąty. Mieszkanko maleńkie — jeden pokoik z sublokatorami. Radziłam odwieść rodzącą do szpitala, lecz o tem nawet słyszeć nie chciano. W czasie porodu spacerowały szczury po łóżku i podłodze. Mąż rodzącej stał z kijem w ręku i tłukł o podłogę, ażeby pouciekały — krzyczałam ze strachu, za godzinę odbył się poród. Poród w tych warunkach był zupełnie prawidłowy.

Kraków. *R. Orderowa.*

Omyłki druku.

Strona 90, drugi wiersz od dołu, zamiast: 30%, **ma być: 3%.**

UWAGA! Numer czerwcowy poświęcony będzie w całości w sprawie walki z „babkami“.

Wydawca: Stow. Położnych Województwa Krakowskiego. Redaktor odpow.: Dr. Adam Papée
Z Drukarni Ludowej w Krakowie pod zarządem Ignacego Winiarskiego.